

НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ В РАЗВИТИИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ (МА) И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ГБ)

Козловский И.В

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. МА у больных ГБ возникает при инфаркте миокарда, тяжелом гипертоническом кризе, сопровождается нарастанием признаков тотальной или левожелудочковой недостаточности. Аритмия связывается с нарушением кровообращения в крупной ветви коронарной артерии, питающей предсердие. Сосудистый генез МА не всегда подтверждается. Вопрос о патогенезе МА при ГБ представляет интерес в связи с лучшими результатами поддерживающего лечения. Практическое значение имеет своевременное усиление лечения АГ при наличии повышенного риска МА и сердечной недостаточности.

Цель. Проанализировать условия возникновения МА при ГБ и возможности предупреждения ее. 180 пациентов лечились в больнице по поводу ГБ, 84 мужчины и 96 женщин в возрасте от 46 до 83 лет. ГБ I степени – 60 II – 50 и III – 50 больных. АГ и нарушения жирового обмена (АГ+О) выявлены у 20 больных. Признаки недостаточности кровообращения выявлены у 3 больных с ГБ II степени (6 %), 15 больных III степени (30 %) и у 5 больных АГ и ожирением (25 %).

Больные обследованы в стационаре клиническими, лабораторными и инструментальными методами. Учтены результаты предварительного исследования в районных больницах и результаты предварительного лекарственного лечения.

Обращено особое внимание на изменения сердца, органов дыхания, почек. Применение β -адреноблокаторов, препаратов АПФ и диуретиков в основном систематически существенно изменило течение гипертонической болезни у людей среднего и пожилого возраста. АГ протекает мягче, реже наблюдаются гипертонические кризы, меньше используются лекарства. Однако, больные

погибают при явлениях сердечной недостаточности и нарушениях ритма сердца, особенно МА.

Определение риска раннего развития мерцательной аритмии имеет большое практическое значение. АГ, по-видимому, имеет меньшее значение в формировании мерцательной аритмии. При АГ I степени (АД в среднем - 140 / 85 мм рт ст) нарушения ритма сердца встречались у 48 % больных, но преобладали желудочковые экстрасистолы. При АГ II степени (АД 150 / 90 мм рт ст) частота нарушений ритма сердца увеличилась до 74 %, пароксизмальная и постоянная форма МА встречалась у 18 % больных. У больных ГБ III степени (АД 165 / 90 мм рт ст) частота аритмии увеличилась до 20 %. Частота МА была большей (30 %) у больных ГБ с алиментарным ожирением II степени. У больных этой группы масса тела была увеличена на 25-50 %, а АД - $160 \pm 9 / 90 \pm 9$ мм рт ст.

Таблица - Степень АГ и выявленные у больных нарушения ритма сердца

Признаки	АГ I, I группа	АГ II, II группа	АГ III, III группа	АГ+ожир IV группа
Тахикардия	-	2	4	1
Брадикардия	5	5	10	-
Экстрасистолы предсердные	1	3	4	5
Экстрасистолы желудочковые	15	15	20	7
Пароксизм тахикардия желуд.	-	1	2	1
Пароксизмальная МА	4	5	6	3
МА хроническая	-	4	4	3
Всего	60	50	50	20
В т ч : нарушения ритма	25	37	50	20
В проц.	48	74	100	100

Экстрасистолы встречались со следующей частотой (соответственно группам): 32%, 36 %, 48% и 70 %. Частота предсердных экстрасистол была у 1,6 %, 6,0 %, 8,0 % и 20,0 %. Пароксизмы желудочковой тахикардии выявлялась на ЭКГ редко (корреляционный критерий достоверности $r = 5-15$, $p \geq 0,01$).

Содержание сахара в сыворотке крови ($4,5 \pm 0,05$ ммоль/л), общего белка ($65 \pm 5,1$ г/л) и холестерина ($6,0 \pm 0,5$ ммоль/л, у больных IV группы - $6,5 \pm 0,08$ ммоль/л) был в пределах нормы. Изменялись показатели белковых фракций и обнаруживался в крови С-реактивный протеин у тяжелых больных с признаками пневмонии. АсТ и АлТ, тропонин Т - в пределах нормы. У 9 больных обнаружен белок в моче (застойные почки).

Рентгенографические исследования выявляли признаки эмфиземы легких у 1/2 больных II-III групп, очаговую пневмонию у 5 (II) и 7 больных (III группы). Размеры сердца были увеличены не всегда за счет желудочкового сегмента, у части больных имели место признаки гемодинамического или токсического отека легких.

Больные получали препараты: β -адренорецепторы, блокаторы Са каналов, АПФ, диуретики и антибиотики при наличии инфекции.

При АГ II-III степени нарушения ритма сердца встречаются чаще. Преобладают желудочковые, предсердные экстрасистолы. У людей, страдающих легочным сердцем и артериальной гипертензией, иногда устанавливаются транзиторные синдромы WPW или Бругада. Эти изменения отмечаются при тяжелой форме обострения хронического бронхита или пневмонии. Эту группу аритмических изменений можно рассматривать, как предвестников МА.

Повышение АД до уровня 200-220/100-110 мм рт ст оказывает на миокард и его проводниковую систему иное влияние, чем алкогольные интоксикации, бактериальная инфекция и нарушения газообмена в легких (при легочном сердце). Данные из анамнеза могут быть свидетельством хронического повреждающего влияния на проводниковую систему и миокард инфекции или интоксикации, провоцирующих МА. У больных АГ МА вызывает подозрение на инфаркт миокарда. Наблюдается нарастание признаков сердечной недостаточности, что рассматривается, как результат дистрофии миокарда и не всегда связан с липидозом сосудов. Niebauer M. (2005) подчеркивает большее значение в патогенезе аритмии расстройства функции щитовидной железы, интоксикаций, ишемии миокарда, а Brandley et al. (2003) – нарушения ресинхронизации метаболических процессов, которые приводят к смерти. Существенное значение приобретают расстройства процессов коагуляции (Go A. et al., 2006). R. Brugada et al. отметили изменение возбудимости правой ножки пучка Гиса под влиянием блокаторов Са каналов. O.Sitbon et al. обсуждает возможность применения этих препаратов при легочной гипертензии. Лечение легочной гипертензии стало важной научной и практической проблемой (V.Faster, 2001). Нередко встречается АГ у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью бронхов, которые осложняются внезапно МА и сердечной недостаточностью. Такие варианты заболевания имеют место у лиц, страдающих алкоголизмом, часто употребляющих алкоголь; не удается установить у них момент возникновения МА и выяснить особенности ее течения, а высокая частота сокращения желудочков способствует быстрому нарастанию тотальной сердечной декомпенсации.

Выводы.

1. МА встречается у стационарных больных ГБ II-III степени с частотой 18-20 %, но при наличии алиментарного ожирения - чаще
2. У больных АГ нарушения ритма сердца увеличивается по мере увеличения степени болезни, что требует пересмотра программы лечения больного гипотензивными препаратами, диуретиками и АПФ.
3. МА у больных ГБ связывается со степенью АГ, но стимулируется бактериальной легочной инфекцией и нарушением жирового обмена (алиментарного характера).